

AZIENDA SANITARIA LOCALE (A.S.L.)
DELLA PROVINCIA DI MILANO N. 1
D.P.G.R. n°. 070634 del 22.12.1997

COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELLE INVALIDITA' CIVILI

CERTIFICATO MEDICO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI ACCERTAMENTO
DELLO STATO DI INVALIDITA' CIVILE

Cognome _____ Nome _____

residente a _____ in via _____

PRIMO ACCERTAMENTO

AGGRAVAMENTO (il certificato medico deve contenere ampia motivazione delle cause che hanno originato la modificazione del quadro clinico preesistente, CORREDATO DA IDONEA CERTIFICAZIONE SANITARIA).

PATOLOGIE INVALIDANTI: _____

NOTE ANAMNESTICHE: _____

Paziente **ONCOLOGICO** in fase ACUTA (ovvero nel periodo immediatamente successivo alla diagnosi, in CHT e/o RT, nella fase di progressione o ricorrenza/recidiva della patologia).

DICHIARAZIONE DI INTRASPORTABILITA':

Paziente trasportabile

Paziente trasportabile solo in ambulanza

Paziente intrasportabile anche in ambulanza poiché se ne pregiudicano le condizioni di salute.

Precisare il motivo dell'intrasportabilità: _____

IL MEDICO (timbro e firma)

Data, _____